Docteur E. LOUBRY

IEN INTERNE DES HOPITAUX

AURÉAT DE LA FACULTÉ

PRIX PARISE 1902



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

FIBROMES DE LA PAROI ABDOMINALE



LILLE

IMPRIMERIE & LIBRAIRIE CAMILLE ROBBE, ÉDITEUR

209, Rue Léon-Gambetta, 209

1903

Docteur E. LOUBRY

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX
LAURÉAT DE LA FACULTÉ
PRIX PARISE 1902

Hommage de
Dr Loubry
Fresnes s/Escaut (Nord)
Juillet 1903

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

des

FIBROMES DE LA PAROI ABDOMINALE



LILLE
IMPRIMERIE & LIBRAIRIE CAMILLE ROBBE, ÉDITEUR
209, Rue Léon-Gambetta, 209

1903

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUBAR

Externat 1898-1899. — Internat 1901-1902.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SURMONT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COMBEMALE

Doyen de la Faculté.

Externat 1901.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GAULARD

Internat 1903.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARMEIL

Externat 1900.

A MES JUGES

A MES AUTRES MAITRES A LA FACULTÉ
ET DANS LES HOPITAUX

A MES CHEFS DE CONFÉRENCES D'INTERNAT

MESSIEURS LES DOCTEURS

JOUVENEL, DRUCBERT & BRETON

AVANT-PROPOS

Les travaux faits sur les fibromes de la paroi abdominale sont assez nombreux et il paraît, à priori, inutile d'ajouter un nouveau travail à la longue liste de ceux parus depuis SAPPEY.

La lecture des traités classiques laisse l'impression d'une question étudiée, certainement, mais dont quelques points manquent encore de netteté : nous voulons parler en particulier de la pathogénie de ces tumeurs.

A. GUINARD (*in* LE DENTU et DELBET) rapporte à trois les opinions qui ont cours actuellement :

1° Les uns sont partisans de l'origine ostéopériostique (HUGUIER, BODIN, NÉLATON, NICAISE, etc.) ;

2° Les autres (GUYON, ESMARCH, etc.) concluent à une origine fibro-musculaire ;

3° Pour lui, presque toutes ces tumeurs sont développées aux dépens du ligament rond.

En 1899, PUYAUBERT, dans sa thèse, apporte quelques observations en faveur de cette dernière hypothèse ; mais depuis, certains faits ont été publiés ; nous y ajouterons d'autres inédits qui infirment les conclusions de GUINARD et PUYAUBERT.

La pathogénie sera donc l'objet de tous nos soins et occupera un chapitre important dans notre modeste travail.

Le diagnostic des fibromes de la paroi abdominale expose parfois à de grandes méprises ; nous tâcherons d'en faire une étude aussi complète que possible.

Dans un autre chapitre, nous passerons en revue tout ce qui est en général admis pour l'anatomie pathologique de ces tumeurs ; puis, plus loin, nous rappellerons la symptomatologie. Enfin, nous dirons quelques mots du pronostic et du traitement.

Il est d'usage qu'à l'occasion de sa soutenance de thèse, le futur docteur adresse des remerciements à ses professeurs ; nous ne faillirons pas à cet usage, que nous considérons comme un devoir.

En qualité d'externe, puis d'interne des hôpitaux, nous avons eu le bonheur d'être en rapport direct avec certains d'entre eux : nous ne pouvons que nous en féliciter.

Nous devons plus que des remerciements à M. le professeur Dubar : c'est une dette de reconnaissance que nous avons contractée envers lui. Nous avons passé bien volontiers trois années de nos études dans son service de la Charité ; nous ne les regrettons certes pas ; c'est dire qu'il est le seul artisan de notre éducation chirurgicale. Clinicien consommé autant qu'opérateur habile et excellent professeur, nous n'oublierons jamais ses leçons au lit du malade, si instructives, ni ses leçons magistrales qui ont le don de retenir l'attention des élèves et de les intéresser.

En nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, M. le professeur Dubar nous a donné encore une marque d'intérêt à ajouter à tant d'autres.

M. le professeur Surmont nous a accueilli dans son laboratoire ; nous aurions voulu mener à bien divers travaux entrepris sous sa direction ; le peu de temps que nous avions à y consacrer et les circonstances nous en ont malheureusement empêché. M. Surmont nous a toujours traité en ami autant qu'en élève ; il ne nous a jamais refusé ses conseils ; notre vive reconnaissance lui est acquise.

Nous avons été l'externe de M. le professeur-doyen Combemale ; c'est à lui que nous sommes redevable en grande partie de notre éducation médicale clinique ; nous avons eu plusieurs fois à nous louer de sa bienveillance comme doyen ; c'est donc à ce double titre que nous serions ingrat de ne pas lui être reconnaissant.

Nous finissons notre internat avec M. le professeur Gaulard ; grâce à l'importance du service, nous avons pu acquérir une certaine expérience de l'obstétrique. M. Gaulard, toujours soucieux de son enseignement clinique, nous a permis d'en profiter : nous l'en remercions bien sincèrement.

Une année agréable passée avec M. le professeur Charmeil nous a mis à même d'acquérir des connaissances dermatologiques et syphiligraphiques, si nécessaires en clientèle ; nous en sommes très heureux.

M. le professeur agrégé Oui nous permettra de lui exprimer notre reconnaissance ; nous conserverons le meilleur souvenir de nos causeries alors qu'il suppléait M. le professeur Gaulard à la Maternité.

MM. les professeurs Folet, Carlier et Gaudier, ont également droit à des remerciements et à notre reconnaissance. Nous avons pu profiter en maintes circonstances de leur enseignement Avec MM Carlier et Gaudier, alors qu'ils suppléaient M. le professeur Dubar, nous avons passé des matinées instructives et agréables.

MM. les docteurs Ingelrans et Vanverts, chefs de clinique à la Charité, ont contribué pour beaucoup à notre éducation pratique ; nous profitons de l'occasion qui nous est offerte pour les remercier, et nous le faisons avec plaisir.

Notre ami Drucbert, chef de clinique chirurgicale, sait quel prix nous attachons à une amitié qui dure depuis nos premières années de collège.

Enfin, nous ne pouvons quitter l'internat sans adresser un souvenir ému à tous nos collègues ; nous avons pu les apprécier et nous avons avec quelques-uns de solides liens d'amitié. Nous nous souviendrons toujours des bonnes heures passées ensemble, tant à la salle de garde qu'ailleurs.

I

HISTORIQUE

L'étude des fibromes de la paroi abdominale est de date relativement récente, puisque le premier cas signalé fut publié en 1850, par Sappey. En réalité, il ne s'agissait pas d'un véritable fibrome. La tumeur, qui avait le volume d'un gros melon et avait ulcéré la peau, siégeait au niveau de la région ombilicale; elle fut diagnostiquée « tumeur encéphaloïde » ayant subi un début de ramollissement; d'après l'examen qui fut pratiqué par Robin, il s'agissait d'un fibro-sarcome.

Le second cas, publié par Limauge (de Bruxelles), en 1850, est une tumeur datant de quatorze ans et siégeant également dans la région ombilicale. Depuis quatre ans elle avait subi un accroissement assez rapide pour atteindre le volume d'une tête d'enfant. L'état général du sujet était mauvais; la peau qui recouvrait la tumeur était très altérée. L'examen microscopique ne fut pas fait, mais il est douteux qu'il s'agisse d'un fibrome pur.

Les cas qui suivirent manquent souvent de précision dans le diagnostic anatomo-pathologique; ce sont ceux de Langenbeck, Bouchacourt, Santesson et Paget, de 1850 à 1856.

C'est seulement en 1860 que paraît le premier travail d'ensemble sur la question. A cette époque, Huguier, dans une communication à la *Société de chirurgie* et dans la thèse de son élève Bodin (1861), rassembla les observations publiées jusqu'alors. Il montra que ces tumeurs de nature bénigne, observées presqu'exclusivement chez la femme, naissaient des os avec lesquels elles étaient en rapport par un pédicule, et qu'elles n'adhéraient que secondairement et accidentellement au péritoine. Dans cette même séance de la *Société de chirurgie*, Verneuil, Michon, Chassaignac rapportèrent les cas qu'ils avaient observés et admirent, comme Huguier, l'existence du pédicule. Bodin, dans sa thèse, déclara que ce pédicule contenait les vaisseaux nourrissant la tumeur, et c'est sous l'influence de cette doctrine que fut proposée, comme moyen de traitement, la section sous-cutanée du pédicule.

Nélaton, en 1862, confirma la théorie de Huguier et de Bodin. Il divisa ces tumeurs en fibromes de la fosse iliaque et de la crête iliaque. Remarquant que ces tumeurs étaient fréquentes surtout chez les femmes ayant eu des enfants, il fit jouer un rôle déterminant à l'accouchement et aux congestions menstruelles.

En 1865 paraît à Kiel la thèse de Cornils; on y trouve une observation d'Esmarch, où l'opération montra que le pédicule qu'on avait cru sentir n'existait pas. Il est encore question, incidemment, de ces fibromes dans une leçon de Buntzen (1868), sur la vulnérabilité du péritoine.

En 1868 paraît une observation très importante,

due à Panas ; c'est, en effet, la première fois que l'on attribue au ligament rond l'origine primitive de la tumeur. Boye, en 1873, étudie le traitement des tumeurs pré-péritonéales.

La théorie de Huguier fut renversée en 1875, par Guyon. Cet auteur montra, en effet, que les aponévroses de l'abdomen pouvaient être comme ailleurs l'origine de fibromes, que le pédicule manquait souvent, et que s'il existait, ce n'était qu'une adhérence secondaire aux os voisins et n'ayant aucun rôle dans la nutrition de la tumeur.

Suadicani, dans une thèse de Kiel (1875), vanta les bons résultats qu'Esmarch obtenait de l'extirpation totale ; grâce à la méthode antiseptique de Lister, l'ouverture du péritoine ne présentait plus de danger.

Salesse, dans sa thèse (Paris, 1876), défend à nouveau l'existence du pédicule et la section sous-cutanée de ce pédicule pour provoquer la régression du néoplasme.

Nicaise, en 1878, admet à la fois l'origine osseuse et aponévrotique de ces fibromes. Grætzer, dans sa thèse, en 1879, sous l'influence des idées de Cohnheim, admet que ces tumeurs sont dues au développement tardif de débris embryonnaires inclus dans les tissus.

Péan, en 1880, et Verneuil, en 1881, consacrèrent des leçons cliniques à l'étude du diagnostic et du traitement des fibromes de la paroi abdominale. La leçon de Verneuil, recuillie par Guinard et demeurée inédite, est publiée dans la thèse de Puyaubert.

Herzog (de Munich) considère les fibromes de la

paroi comme des cicatrices musculaires ou aponévrotiques hypertrophiées.

Jusqu'en 1886, il nous faut citer les travaux de Sklifowsowski, Sænger, Damalix et Terrillon.

L'étude générale des tumeurs qui nous occupent fut faite à nouveau en France, en 1888, par Labbé et Rémy. Ces auteurs écartèrent définitivement la théorie de l'origine osseuse et admirent que ces fibromes prenaient naissance au niveau des déchirures musculaires produites par les efforts de l'accouchement. Depuis cette époque, les travaux ont continué à être nombreux et nous citerons, particulièrement en France, ceux de Tillaux, Ledru, Témoin, Gross, André, Verneuil, Michaux, Guinard, et les thèses de Lequette, Parayre, Bireaud, Noirot, Duchêne, Puyaubert et O'Neill. Parmi les travaux étrangers, il convient de signaler ceux de Leddherose et Sonnenschein, en Allemagne, et Panizzo y Munoz, en Italie.

Les travaux de Guinard et de Puyaubert tendent à faire admettre, comme origine d'une grande partie des fibromes de la paroi abdominale, le ligament rond, qu'il s'agisse de cet organe lui-même ou de fibres musculaires lisses aberrantes. Les dernières observations apportées à la *Société anatomique* et que nous relatons dans notre thèse, ont montré que nombre de faits échappent à cette explication pathogénique.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue de leur siège, les fibromes ont été rencontrés dans les points les plus divers de la paroi abdominale, sauf toutefois au niveau de l'ombilic et sur la ligne blanche. Mais il est une région qu'occupent de préférence ces tumeurs : c'est l'espace qui avoisine l'os iliaque et l'arcade crurale. Ordinairement, ces tumeurs sont situées dans l'épaisseur des muscles, transverse ou petit oblique ; nous avons déjà vu que très souvent elles viennent au contact du péritoine, auquel elles peuvent même adhérer très intimement. C'est ce qui les a fait ranger par certains auteurs au nombre des tumeurs pré-péritonéales. Il est extrêmement rare que ces fibromes viennent faire saillie dans le tissu cellulaire sous-cutané, sauf lorsque leur volume atteint de grandes dimensions.

Sur la centaine d'observations rassemblées par Labbé et Rémy, on ne trouve que trois cas où la tumeur était double. Le volume est très variable, suivant l'ancienneté et surtout suivant la rapidité avec laquelle ces fibromes s'accroissent. Ils ont d'ordinaire le volume d'un œuf de pigeon, mais on en a signalé dont le diamètre atteignait 30 centimètres. Leur forme est plus ou moins arrondie et souvent aplatie.

L'existence d'un pédicule rattachant la tumeur à l'os iliaque a été très discutée. Niée par les uns, elle a été, au contraire, énergiquement affirmée par d'autres chirurgiens, qui voyaient dans ce pédicule l'organe de nutrition de la tumeur, et proposèrent, comme mode de traitement, la section sous-cutanée de ce pédicule. Les observations ne sont pas rares où des chirurgiens, au cours de l'extirpation, n'ont pu trouver trace du pédicule qu'ils avaient cru sentir. Il ne s'agissait, à proprement parler, dans ces cas, que de sortes de brides produites par les muscles et les aponévroses. Du reste, la section sous-cutanée du pédicule supposé ou existant réellement n'a jamais eu d'influence sur le développement de la tumeur ; pourtant, il n'est pas douteux que dans certains cas on ait trouvé un pédicule réel, mais alors, pour Guyon et Esmarch, il s'agissait plutôt d'une adhérence secondaire analogue à celle qui existe avec le péritoine. Pour Caubet, certains de ces pédicules sont plutôt des prolongements de la capsule qui entoure la tumeur que du fibrome lui-même.

Lequette, pour expliquer la formation du pseudo-pédicule, donne les raisons suivantes : « Supposons, pour fixer les idées, une tumeur se développant spontanément dans l'épaisseur des fibres parallèles d'un faisceau musculaire ; ces fibres s'étaleront autour de la tumeur. Mais au pôle du néoplasme, les fibres épaisses sur la périphérie se fasciculeront en une sorte de cordon cylindroïde qui paraîtra s'attacher à l'insertion musculaire fixe. Comme ici ces fibres sont attachées à la crête iliaque, le faisceau musculaire

cylindroïde représentera un cordon inséré à ce point de l'os des îles.

Si, par hasard, la tumeur se développant et éraillant par place la coque musculaire qui l'enveloppe, vient à adhérer, par sa surface antérieure, à la face profonde du fascia transversalis, elle paraîtra avoir un autre pédicule formé par un autre mécanisme et qui ne sera autre que la bande fibreuse aponévrotique avec laquelle elle fait corps et semblera s'insérer, par exemple, au pubis et à l'arcade crurale. Huguier et Chairon ont vu chacun un cas de cette espèce. »

Au point de vue macroscopique, les fibromes de la paroi abdominale présentent à la coupe une coloration rosée, plus foncée aux endroits où les vaisseaux sont plus abondants. Les fibres conjonctives forment un réseau plus ou moins serré, disposé en bandelettes souvent tortueuses. Dans des cas peu fréquents, en somme, et sur lesquels Guinard et Puyaubert ont étayé leur théorie, on trouve, au milieu des fibres conjonctives, des faisceaux de fibres musculaires lisses qui, à n'en pas douter, rattachent l'origine de ces fibromyomes au ligament rond ; mais encore une fois, ces faits ne s'appliquent qu'à un nombre restreint de cas. L'existence de ces fibres musculaires lisses est assez facile à mettre en évidence ; si l'on fait macérer des fragments de tumeur dans de l'acide azotique étendu de quatre volumes d'eau ou dans de la potasse caustique à 40 °/o, le tissu conjonctif est détruit et les fibres musculaires lisses sont rendues plus apparentes. En colorant les coupes au picro-carmin ammoniacal, les

fibres conjonctives sont roses, tandis que les fibres musculaires se teignent en jaune.

Nous n'insisterons pas sur la nécessité de séparer complètement des fibromes purs les fibro-sarcomes qui existent dans les muscles de la paroi abdominale comme dans tous les autres muscles de l'économie. Nous signalerons, pour terminer, quelques modes de dégénérescence qui se rencontrent parfois au niveau des fibromes de la paroi abdominale.

1° *Dégénérescence myxomateuse.* — Ces tumeurs ont une consistance beaucoup moins dure et présentent en certains points des amas de cellules muqueuses. Elles sont, en général, pourvues de vaisseaux plus abondants. Des observations de tumeurs semblables ont été publiées par Graetzer, Claude et Tuffier.

2° *Dégénérescence kystique.* — Les kystes rencontrés dans les fibromes de la paroi abdominale ont, en général, de petites dimensions ; on trouve fréquemment à côté d'eux des points myxomateux. Dans une observation publiée par Wyder (1), le liquide, de couleur jaunâtre, était particulièrement abondant et la tumeur atteignait une vingtaine de livres.

3° *Dégénérescence calcaire.* — Kirmisson a rapporté, en 1889, à la *Société anatomique*, un bel exemple de cette dégénérescence. La tumeur volumineuse occupait tout l'espace compris entre les fausses côtes et la crête

(1) *Correspond. Blatt. f. Schweitz. Ærzte*, N° 4, 1893, p. 147.

iliaque ; elle débordait même la ligne médiane de deux travers de doigt. Cette tumeur était formée de tissu fibreux presque totalement calcifié.

Nous signalerons, en terminant, une observation de Nicaise, où la tumeur était formée d'une grosse masse d'os spongieux au milieu de laquelle existaient du tissu fibreux et deux amas de cartilage hyalin.

III

ÉTIOLOGIE & PATHOGÉNIE

Lorsqu'on parcourt les études d'ensemble qui ont été faites sur les fibromes de la paroi abdominale, on est frappé de l'extrême rareté de ces tumeurs chez l'homme. Labbé et Rémy, sur 100 cas, n'en ont trouvé que 4 se rapportant à l'homme : ceux de Sappey, Limauge, Paget et Tillaux ; nous avons déjà dit, en ce qui concerne les deux premiers, qu'il s'agit vraisemblablement plutôt de fibro-sarcomes que de fibromes purs. A ces quatre cas nous pouvons ajouter celui de Heurtaux, publié par O'Neill, et celui de Volkmann. En somme, ces tumeurs sont spéciales à la femme dans la période d'activité sexuelle, et se rencontrent le plus ordinairement chez des femmes ayant eu un ou plusieurs enfants.

Les théories par lesquelles on a cherché à expliquer la production de ces néoplasmes peuvent se classer en trois groupes, suivant qu'elles donnent comme point de départ à la tumeur :

1° Les os du bassin et principalement l'épine iliaque antéro-supérieure et, dans quelques cas, les fausses côtes ;

2° Les muscles et aponévroses de la paroi abdominale ;

3° La portion intra-pariétale du ligament rond.

I. — Les partisans de la théorie ostéo-périostique : Huguier, Bodin, Nélaton, Nicaise, Salesse, sont de ceux qui ont affirmé l'existence du pédicule rattachant la tumeur au périoste de l'os voisin. Pour eux, ce pédicule, organe nourricier, était bien la preuve que la tumeur avait pris naissance sur le périoste de la crête iliaque. Mais nombre de chirurgiens s'aperçurent, au cours de l'opération, que très souvent le pédicule, que l'on croyait sentir, n'existait pas en réalité. La théorie ostéo-périostique fut donc bientôt abandonnée.

II. — En 1875, Guyon substitua à la théorie de Huguier, qu'il renversait, une théorie fibro-musculaire. Cornils, dans sa thèse de Kiel (1865), avait déjà montré que l'existence du pédicule n'est pas constante. Guyon affirma que les fibromes prennent naissance dans l'épaisseur des muscles ou aux dépens des aponévroses et que lorsqu'il y avait un pédicule, il ne s'agissait que d'une adhérence aux os, secondaire et accidentelle.

Herzog, en 1883, admet aussi l'origine fibro-musculaire, il considère les fibromes de la paroi abdominale comme des cicatrices devenues exubérantes. « Ces tumeurs, dit-il, succédant à un traumatisme, auraient pour origine le travail inflammatoire qui répare les muscles, ou les aponévroses endommagées ; il pourrait se présenter une période intermédiaire, le sang extravasé par suite de la rupture formant d'abord un hématome. Cet hématome se résorberait et se transformerait en une cicatrice, laquelle cicatrice, à son tour, prendrait

une marche compliquée, deviendrait exubérante, et, enfin, passerait à l'état de tumeur ».

MM. Labbé et Rémy, en 1888, ont attribué un grand rôle, dans la production des tumeurs que nous étudions, à l'effort de l'accouchement. « A notre avis, les états du ventre qui viennent d'être décrits (état du ventre pendant la grossesse), ne sont que des causes accessoires. Le véritable agent, c'est l'effort de l'accouchement. Voilà pourquoi ces tumeurs surviennent le plus fréquemment chez les femmes ; car, dans aucune espèce d'effort étudié en physiologie, les muscles de l'homme ne sont soumis à des contractions aussi intenses, aussi prolongées et aussi fréquemment renouvelées que celles dont nous venons de parler ».

Lequette, dans sa thèse (Lille, 1894), n'admet pas comme indispensable l'effort de l'accouchement. Pour lui, la distension des muscles et des aponévroses par l'utérus gravide peut provoquer des déchirures vasculaires et secondairement l'hématome qui se transforme en fibrome. O'Neill reprend cette théorie dans sa thèse (Paris, 1901) « Si nous admettons que les aponévroses et les muscles de la paroi abdominale sont le point de départ le plus fréquent des fibromes qui nous occupent, comment expliquerons-nous la formation de ces tumeurs ? Il nous a semblé que le traumatisme, pris dans son sens le plus général, jouait un rôle considérable dans leur pathogénie, et c'est à titre de traumatisme, non pas aigu, mais lent et continu, que la grossesse et l'accouchement, qui sont sans nul doute les facteurs les plus importants et les plus habituels, nous paraissent jouer

un rôle prépondérant dans la formation de ces tumeurs. La paroi abdominale, surdistendue par l'utérus gravide, peut subir des altérations, des déchirures suivies de cicatrices, ces cicatrices devenant le point de départ d'une tumeur, comme cela arrive fréquemment pour les tumeurs fibreuses des autres régions ».

III. — Nous rapporterons ici la théorie de Grætzer (thèse de Breslau, 1879), qui se rattache d'assez loin, il est vrai, à celle de Guinard. Grætzer applique à la pathogénie des fibromes de la paroi abdominale les idées de Cohnheim sur la genèse des tumeurs. Pour lui, il s'agit de débris embryonnaires qui s'accroissent sous l'influence d'excitations, telles que la congestion qui accompagne la grossesse. « La distension fréquente de la peau du ventre contribue visiblement au développement des germes des tumeurs, d'autant plus que, par le relâchement, la force de résistance physiologique a été amoindrie et l'accroissement des dispositions embryonnaires a été facilité. »

Pour Guinard et Puyaubert, les fibromes de la paroi abdominale se développeraient aux dépens de la portion intra-pariétale du ligament rond. Voici ce que dit à ce sujet Guinard, dans son article du *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet (t. VII, p. 417) :

« Cette origine génitale, que j'oppose formellement à l'origine ostéo-périostique et à l'origine fibro-musculaire, explique très bien, comme nous allons le voir, la plupart des particularités étiologiques qui caractérisent ces tumeurs.

» D'abord, ces fibromes sont presque toujours uniques et ne se rencontrent que chez les femmes jeunes; on n'en a jamais trouvé sur la ligne médiane, ni à l'ombilic; c'est toujours ou presque toujours « la région ilio-inguinale qui en est le siège. » On en cite (MICHAUX) un très volumineux, qui descendait jusqu'au genou; enfin, leur pédicule osseux, longtemps classique, n'existe pas. LABBÉ disait déjà : « Le pédicule n'existe pas souvent, s'il a jamais existé. » Tout cela se rapporte bien à des tumeurs intra-pariétales du ligament rond. Quant aux tumeurs observées chez l'homme, c'étaient sans doute des fibro-sarcomes aponévrotiques.

A la coupe, c'est du tissu fibreux qu'on peut décortiquer d'une capsule grisâtre, mais ne sait-on pas que c'est aussi l'aspect des fibro-myomes de l'utérus, et, de fait, si le microscope les a montrés, le plus souvent, constitués par du tissu fibreux pur, on cite des cas comme celui de PANAS (1873) (rapporté par DUPLAY), où des fibres musculaires lisses en faisaient de véritables fibro-myomes. »

PUYAUBERT a exposé dans sa thèse les arguments qui militent en faveur de la théorie de GUINARD. Nous les résumerons ici. Tout d'abord, les observations de fibromes chez l'homme sont sujettes au doute, au point de vue du diagnostic anatomo-pathologique. Le cas de SAPPEY est un fibro-sarcome; dans le cas de LIMAUGE, l'examen microscopique n'a pas été fait; dans le cas de PAGET il s'agit d'un fibrome développé à la suite d'un traumatisme, et la description histologique n'est guère celle d'un fibrome. Dans le cas de VOLKMANN il s'agit

également d'un fibrome développé sur une cicatrice ; l'observation de Tillaux se rapporterait à un fibro-myxome du bassin et non de la paroi abdominale. Puyaubert ne nie donc pas la possibilité du développement d'un fibrome sur une cicatrice musculaire, mais fait constater qu'il s'agit là, en somme, de rareté pathologique.

Le second argument est tiré de la fréquence du siège de ces tumeurs près de la région inguinale, au voisinage de l'arcade crurale et de la crête iliaque. D'ailleurs, les tumeurs situées en des points plus éloignés de cette région, pourraient encore s'expliquer par l'existence de fibres aberrantes enclavées au milieu des muscles de l'abdomen au moment du développement embryonnaire ; on pourrait même encore admettre une sorte de migration des tumeurs à distance du point primitif de leur développement.

Mais le fait le plus probant à l'appui de cette théorie est certainement la présence relativement fréquente des fibres musculaires lisses, transformant le fibrome en fibro-myome. Puyaubert pense que si les observations de fibro-myomes sont peu fréquentes, c'est que bien souvent on n'a pas suffisamment cherché à distinguer les fibres musculaires lisses des fibres conjonctives, ou bien que les coupes n'ont porté que sur une seule portion de la tumeur où les fibres musculaires pouvaient faire défaut. A l'heure actuelle on ne peut plus admettre que ces fibres lisses puissent prendre naissance spontanément au milieu de tissu fibreux ; l'hypothèse de Poncet, que des fibres musculaires lisses

puissent se former dans la paroi abdominale pendant le cours de la grossesse, n'est pas admissible. Ces fibres musculaires ne peuvent donc venir que des vaisseaux ou du ligament rond. Le siège des tumeurs plaide en faveur de ce dernier organe

A ces arguments anatomiques, Puyaubert ajoute des preuves physiologiques. Il insiste sur les rapports fonctionnels existant entre ces tumeurs et les fonctions génitales : influence des règles et de la grossesse sur le volume et le développement de la tumeur, dysménorrhée fréquente chez les femmes porteurs de ces sortes de tumeurs; toutes influences que l'on voit s'exercer d'une égale manière lorsqu'il s'agit de fibromes du ligament rond.

Nous dirons, du reste, que Puyaubert semble moins exclusif que Guinard. « Nous avons essayé de montrer, dit-il, que la théorie aponévrotique ne s'appliquait pas à tous les faits, qu'il fallait être plus éclectique que cela, et admettre des causes diverses provoquant le développement de fibromes, provenant le plus souvent du ligament rond, rarement des aponévroses de l'abdomen ou de cicatrices musculaires.

» Nous avons voulu seulement montrer que l'effort de l'accouchement n'expliquait pas tous les faits ; qu'il y avait, en réalité, dans l'étiologie et la pathogénie de ces fibromes de la paroi abdominale, quelque chose de très particulier, puisqu'ils existent à peu près exclusivement chez les femmes et dans les conditions très spéciales que nous avons étudiées ; la théorie pathogénique que nous admettons, mais non exclusivement, pour expliquer le

développement de ces tumeurs, a au moins le mérite d'expliquer un certain nombre de faits inexplicables auparavant.

» Quant à distinguer cliniquement et savoir d'une façon certaine quelles sont les tumeurs qui se développent aux dépens du ligament rond et quelles sont celles qui proviennent des aponévroses de l'abdomen, nous croyons que c'est impossible, et que seuls, le siège, les connexions, l'évolution et la structure du fibrome peuvent donner quelques indications probables sur son point d'origine. »

Depuis ces travaux de Guinard et de Puyaubert, les communications à la *Société anatomique* de Morestin et d'Auvray et Marcille, la thèse de O'Neill ont opposé à nouveau la théorie fibro-musculaire à la théorie de Guinard, qui certainement ne peut s'appliquer à tous les cas.

C'est ainsi qu'il est difficile d'attribuer au ligament rond des tumeurs qui n'ont avec cet organe aucune connexion, des tumeurs composées exclusivement de tissu fibreux et situées, non pas sous le péritoine ou dans l'interstice de deux muscles, mais en plein corps charnu, comme dans le cas de Morestin. « Il faudrait supposer alors, dit celui-ci, que des débris fibreux du ligament rond auraient seuls persisté en ce point ou seraient seuls devenus malades, ou auraient atrophié l'élément musculaire dans un processus primitivement mixte. Ce seraient bien des hypothèses pour appuyer une hypothèse. »

Du reste, comme le fait remarquer O'Neill, on

comprend très bien que sans que ces fibromes soient d'origine génitale, la grossesse, par les modifications qu'elle imprime aux muscles de la paroi abdominale (1), par la distension excessive qu'elle exerce, puisse influencer une tumeur de la paroi à la façon d'un traumatisme continu.

En résumé, la théorie de l'origine ostéopériostique est aujourd'hui définitivement abandonnée, et la pathogénie des fibromes de la paroi abdominale se résume en les deux points suivants :

Un certain nombre de fibromes prennent naissance dans les muscles et aponévroses de la paroi aux dépens de cicatrices dues, soit à des traumatismes, soit à des déchirures produites au cours de la grossesse ou pendant l'accouchement.

D'autres tumeurs, et ce sont principalement les fibro-myomes de la région inguinale, naissent aux dépens des éléments du ligament rond.

---

(1) Voir le travail de Durante. *Presse médicale*, 21 mars 1900.

IV

SYMPTOMES

Les fibromes de la paroi abdominale se développant sans douleur, on comprend aisément que leur début passe inaperçu, surtout chez les femmes dont la paroi est un peu grasse; ordinairement, la tumeur n'est reconnue que lorsqu'elle atteint le volume d'une noix.

Ces tumeurs, dures, arrondies, lisses, très mobiles, quand la paroi est relâchée, ne sont pas douloureuses à la pression. La peau qui les recouvre est tout à fait normale. Dans certains cas on peut sentir un pseudo-pédicule qui rattacherait la tumeur à l'os iliaque.

Nous avons vu à l'anatomie pathologique qu'il pouvait exister un et même deux pédicules réels.

Mais le signe caractéristique des fibromes de la paroi est la fixité que prend la tumeur pendant la contraction des muscles abdominaux. Nous dirons, à propos du diagnostic, les procédés employés pour la recherche de ces symptômes. Il est intéressant d'étudier l'influence que peuvent exercer sur la tumeur les fonctions génitales. Chez certaines malades, au moment des règles la tumeur devient plus volumineuse; chez d'autres, elle devient le siège de douleurs plus ou moins intenses.

Dans un certain nombre de cas, l'apparition d'une grossesse a provoqué un accroissement très rapide de la tumeur. On manque d'observations pour savoir quelle influence pourrait être attribuée à la ménopause. L'évolution des fibromes de la paroi abdominale est souvent fort irrégulière ; ces tumeurs, après être restées longtemps stationnaires, peuvent s'accroître brusquement à l'occasion d'un coup, d'une grossesse. Dès qu'elles ont atteint un certain volume, elles peuvent donner lieu, de par leur poids, à des sensations de tiraillement et de pesanteur. La peau qui les recouvre peut, par suite de frottements répétés, s'ulcérer, et l'on peut observer, en pareil cas, l'infection de la tumeur. Il est moins rare de voir la tumeur subir la dégénérescence myxomateuse, kystique, calcaire ou même sarcomateuse.

Les symptômes généraux sont nuls : la tumeur, tant qu'elle reste à l'état de fibrome pur, ne retentit pas sur l'appareil ganglionnaire et ne se généralise pas.

V

DIAGNOSTIC

Les fibromes qui prennent naissance dans les muscles de la paroi abdominale sont d'un diagnostic facile en général. En effet, quand la paroi est à l'état de relâchement, ils semblent superficiels et sont très mobiles ; on peut les faire mouvoir dans tous les sens, et dans certains cas même, lorsque la paroi est suffisamment souple, on peut, en palpant profondément, insinuer les doigts en arrière de la tumeur et constater qu'il n'existe aucune connexion entre elle et les organes intra-abdominaux.

Si l'on commande à la malade de faire un effort tel que l'action de pousser (Labbé et Rémy), ou de s'asseoir dans son lit (Verneuil), on constate que pendant la contraction des muscles, la tumeur devient immobile et, parfois même, cesse d'être perceptible.

Si le fibrome atteint des dimensions assez considérables, tel le volumineux fibrome calcifié de Kirmisson, il devient cependant un peu plus difficile de le distinguer d'avec une tumeur intra-abdominale qui serait adhérente à la paroi. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal pourra montrer que la tumeur n'est pas mobile avec l'utérus, que les ligaments larges sont libres. Du reste, ces tumeurs abdominales : fibromes

utérins, salpingites, kystes de l'ovaire, etc., libres dans l'abdomen ou inclus dans le ligament large, présentent une symptomatologie spéciale qui en facilitera le diagnostic.

La consistance dure des fibromes les différenciera des lipomes de la paroi. Ceux-ci, du reste, sont d'ordinaire sous-cutanés et par conséquent beaucoup plus superficiels.

Les tumeurs du ligament rond, dans sa portion intra ou extra-abdominale, se distingueront par leur siège. Les épiplocèles adhérentes intra-pariétales suivent la direction du canal inguinal, elles descendent dans la grande lèvre, et leur pédicule s'enfonce dans l'abdomen, au niveau de l'orifice interne du canal inguinal.

Le diagnostic est plus difficile avec les abcès froids et avec les sarcomes aponévrotiques. On se basera ici sur les antécédents du malade et l'évolution plus rapide de la tumeur.

Les sarcomes, chondromes et exostoses du bassin se se reconnaîtront à leur grande fixité et à la large surface d'implantation qui les attache au squelette.

Quant à reconnaître la nature anatomique exacte de la tumeur, on comprend que la chose soit le plus souvent impossible. Seul l'examen microscopique des fragments pris en différents endroits de la pièce peut faire connaître s'il s'agit d'un fibrome pur, d'un fibro-myome ou d'un fibrome-sarcome. Toutefois, dans le cas de tumeur dont l'accroissement s'est fait d'une façon très lente, le diagnostic de fibrome ou tout au moins de tumeur bénigne peut être affirmé.

VI

PRONOSTIC

Le pronostic des fibromes et des fibro-myomes de la paroi abdominale est bénin ; cependant, on a signalé quelques rares exemples de récidive après l'ablation ; en tout cas, on se souviendra qu'en raison des adhérences qui existent souvent entre la tumeur et le péritoine, la cavité séreuse peut être ouverte au cours de l'opération : celle-ci nécessite donc toute la rigoureuse asepsie d'une laparotomie.

Abandonnés à eux-mêmes, ces fibromes se développent lentement, et leur accroissement est parfois sujet à des poussées qui se manifestent principalement au moment des règles ou à l'occasion d'une grossesse.

VII

TRAITEMENT

La connaissance des adhérences si fréquentes entre la tumeur et le péritoine faisait craindre autrefois l'extirpation, par crainte d'infecter la séreuse. Aussi cherchait-on à détruire la tumeur par les cautères, les sétons, les emplâtres résolutifs. C'est ainsi que Gosselin, en 1860, après avoir enlevé la partie superficielle de la tumeur, détruit, avec des flèches caustiques, la partie adhérente au péritoine.

Lorsque l'on crut, en 1860, que la tumeur recevait des vaisseaux par un pédicule bien limité, Huguier et Gosselin proposèrent, comme mode de traitement, la section sous-cutanée du pédicule. Cette observation, du reste, ne donna aucun résultat. Il en fut de même de la ligature sous-cutanée faite par Richet.

Actuellement tous les auteurs sont d'accord que le seul traitement à utiliser est l'extirpation totale. Nécessairement cette opération ne doit se faire qu'avec la plus grande asepsie. Verneuil, dans son cas, décolla minutieusement la tumeur adhérente au péritoine, et cependant sa malade mourut. Voilà ce qu'il disait dans sa clinique : « La malade du N° 1 de la salle Lisfranc est morte de péritonite : vous saviez pourtant que nous

n'avions pas ouvert le péritoine. Il y a eu, depuis l'opération, un écoulement sanguin presque continu ; ballonnement du ventre, péritonite et mort, le 18, à 6 heures du matin, à peine 4 jours après l'opération. C'est un vrai désastre chirurgical ».

Donc, après toutes les précautions habituelles, on incisera les parties molles dans le sens du grand axe de la tumeur, que l'on séparera, couche par couche, des muscles qui l'englobent. Si la tumeur adhère au péritoine, on ne craindra pas d'enlever la portion adhérente. Quelques points au catgut fermeront la séreuse ; la couche musculaire sera suturée soigneusement, pour éviter une éventration ultérieure. La peau sera réunie en laissant au point déclive un petit drain. Dans ces conditions la guérison sera parfaite.

VIII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Clinique chirurgicale de la Charité. Service de M. le Prof. L. Dubar 1892.)

Fibrome profond de la paroi abdominale.

Marienne R..., 30 ans, présente toutes les apparences d'une bonne santé. Elle a eu un enfant il y a trois ans; suites de couches normales. Depuis elle est bien réglée.

Il y a environ dix-huit mois. son attention a été attirée sur l'existence d'une petite grosseur située au niveau de la partie latérale droite de l'abdomen. En la saisissant avec les doigts, elle lui paraissait alors grosse comme une petite noix. Elle n'en souffrait pas d'ailleurs, n'éprouvait même de la gène que dans certains mouvements du tronc. Cette tuméfaction est restée stationnaire pendant un an, puis elle s'est accrue peu à peu sans douleur.

Elle présente actuellement le volume d'un œuf de poule. Elle est située à trois travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Elle est recouverte par la peau saine qu'on peut plisser à sa surface. Elle fait intimement corps avec la paroi abdominale; on peut cependant la mobiliser un peu en relâchant les muscles abdominaux.

En examinant la partie symétrique gauche de l'abdomen, on sent un petit noyau dur, offrant le volume d'une amande. L'utérus est normal. Le col est un peu déchiré à droite.

L'extirpation des deux tumeurs est pratiquée par M. le professeur Dubar.

A la coupe, ces tumeurs dures ont un aspect brillant, nacré. L'examen histologique montre qu'elles sont entièrement constituées par du tissu fibreux.

Guérison par première intention.

OBSERVATION II

(Clinique chirurgicale de la Charité. Service de M. le Prof. L. Dubar. 1896.)

Fibrome profond de la paroi abdominale.

Félicité R., 26 ans ; bonne santé ; forte constitution. Bien réglée.

S'est aperçue depuis une dizaine de mois d'un peu de gêne dans la paroi abdomininale, au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche. Cette gêne a augmenté peu à peu, en même temps qu'un gonflement devenait de plus en plus manifeste.

A son entrée à la Maison de santé, on constate, dans l'épaisseur de la paroi abdominale, une tuméfaction allongée du volume d'un œuf de poule, dure, un peu mobile quand la paroi est relâchée, se continuant en arrière avec une sorte de cordon qui paraît avoir le volume d'une plume d'oie. La tuméfaction est indolente à la pression, un peu sensible quand on cherche à la mobiliser.

Le diagnostic de fibrome de la paroi, développé dans l'épaisseur des aponévroses des muscles abdominaux, a été porté par M. le professeur Dubar, qui a procédé à l'extirpation de la tumeur.

Cette tumeur était située dans l'épaisseur des muscles petit oblique et transverse, dont les fibres s'épanouissaient sur la face antérieure et postérieure de la tumeur. En arrière, elle était reliée à la crête iliaque, par un cordon d'apparence fibreuse qui a été également extirpé.

L'examen histologique a montré la nature exclusivement fibreuse de la tumeur et du cordon postérieur. Nulle part il n'a été constaté de fibres musculaires lisses.

Les suites opératoires furent très simples. L'opérée est sortie guérie au bout de trois semaines. Elle a été revue il y a 3 mois. Pas de nouvelle tumeur, cicatrice souple.

OBSERVATION III

(DRUCBERT. — *Soc. centrale de médecine du Nord,* mai 1903.)

La malade, âgée de 21 ans, entre, en août 1902, dans le service de M. le professeur DUBAR.

Elle a toujours été bien portante. A l'âge de 18 ans elle a eu un accouchement assez pénible, terminé par une application de forceps. Les suites de couches ont été normales.

Il y a huit mois, la malade, en soulevant une cuve remplie de linge, ressentit au niveau du flanc gauche une douleur très vive. Elle dut même garder le lit pendant huit jours après ce petit accident. Une ecchymose apparut dans la région douloureuse. Ce fut trois mois plus tard que la malade remarqua, au point lésé précédemment, une petite tuméfaction siégeant au-dessus de l'arcade crurale.

Cette tumeur augmenta lentement de volume, et quand nous examinâmes la malade, elle était grosse comme un œuf de pigeon. Indolore à la pression, et siégeant profondément dans la paroi, elle paraissait assez mobile quand la malade, étendue sur le dos, relâchait ses muscles. La contraction de ceux-ci donnait à la tumeur une fixité toute particulière. La malade n'a pas remarqué si le volume de la tumeur variait au moment de ses règles ; en tout cas, en aucun moment elle n'était le siège de douleur.

L'opération a montré que la tumeur siégeait effectivememt en plein muscle, elle adhérait solidement au péritoine pariétal, dont une portion fut excisée. Il n'y avait aucun pédicule rattachant

la tumeur à l'os iliaque et absolument aucune connexion avec le ligament rond.

Deux plans de suture au catgut réunirent le péritoine et la couche musculaire ; la plaie cutanée fut réunie à l'aide d'agrafes de Michel.

La malade guérit par première intention.

L'examen microscopique a montré que la tumeur était constituée uniquement par du tissu fibreux, qu'il n'y avait pas de fibres musculaires lisses. En résumé, nous avons eu affaire à un fibrome d'origine traumatique et développé dans une cicatrice de déchirure musculaire.

OBSERVATION IV

(Morestin. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1899, p. 461).

Il s'agit d'une femme de 26 ans qui est entrée le 10 mai à l'hôpital Saint-Louis. Isolément N° 17. Elle a eu deux enfants, dont l'aîné a 7 ans, le plus jeune 5 ans. Ses grossesses ont été normales et les accouchements très simples. La santé générale est excellente et il n'y a jamais eu de maladie antérieure.

Au côté gauche, un peu au-dessus de l'aine, est une petite tumeur, dont la présence a été constatée depuis huit mois et qui, paraît-il, a augmenté sensiblement de volume depuis quelque temps. Les dernières règles ont été douloureuses et la malade en a pris de l'inquiétude ; elle en a accusé la tumeur et s'est décidée à en subir l'extirpation.

L'utérus est un peu abaissé, le col un peu gros, conservant la trace d'une déchirure ancienne et atteinte d'une inflammation chronique, mais ni très profonde, ni très étendue ; en somme, rien de bien sérieux de ce côté. Les annexes sont ou du moins paraissent saines.

La tumeur ne fait point de saillie extérieure appréciable. C'est qu'elle est petite, que la paroi abdominale est très chargée de graisse, et, enfin, que le néoplasme est situé dans les couches

profondes de cette paroi, comme on peut s'en assurer par la palpation. Ce dernier mode d'exploration donne, en effet, des renseignements fort nets sur ses caractères et son siège. On sent, au-dessus de l'arcade crurale, à un travers de doigt de cette arcade, au voisinage de la crête iliaque, tout près de l'épine iliaque antérieure et supérieure, en dehors du point où doit se trouver l'orifice profond du trajet inguinal, une masse dure, lisse, indolente au toucher, du volume d'une grosse noix, indépendante des téguments, légèrement mobile sur les plans profonds quand les muscles sont relâchés, fixée par leur contraction. Ses limites sont moins faciles à apprécier quand les muscles sont tendus, mais elle ne disparaît pas. Cette tumeur est donc en connexion intime avec la paroi, ou plutôt fait corps avec elle; mais elle est dans les couches profondes de cette paroi. Son siège, ses rapports, sa consistance, l'âge de la femme et la marche de l'affection, nous firent porter sans hésitation le diagnostic de fibrome pariétal.

L'extirpation en fut pratiquée le 12 mai. Je procédai à une dissection soigneuse et lente pour tâcher d'établir les connexions et les rapports. L'aponévrose du grand oblique fut mise à nu au niveau de la tumeur, par une assez longue incision parallèle aux fibres de cette aponévrose commençant au-dessus de la crête iliaque et allant jusqu'au voisinage de l'anneau inguinal superficiel.

L'aponévrose du grand oblique soulevée par la tumeur était intacte, elle glissait à sa surface et n'avait avec elle que des adhérences celluleuses fort lâches. Ce plan fibreux incisé, et les deux lèvres de l'incision saisies et écartées par les pinces de Kocher, on put voir la masse néoplasique d'un blanc rosé, ayant la forme et le volume d'une amande verte encore entourée de sa coque. Elle était environnée des fibres musculaires du petit oblique. Le ligament rond n'avait aucun rapport direct avec la tumeur. Celle-ci était englobée dans les fibres rouges du petit oblique, qu'il fallut couper tout autour de la tumeur. A ce niveau, le petit oblique et le transverse sont généralement fusionnés. La

tumeur occupait, presque dans toute son épaisseur, le plan charnu formé par ces deux muscles. Cependant, après son extirpation il existait encore quelques fibres voilant le fascia transversalis complètement respecté. La plaie fut ensuite refermée par des sutures profondes et superficielles sans drainage.

Les fils ont été ôtés aujourd'hui même 19 mai, et la réunion est parfaite.

La tumeur extirpée, d'une consistance très ferme, est blanchâtre à la coupe et uniforme. Sur les préparations microscopiques on voit qu'elle est composée de tissu fibreux pur et très dense. On n'y voit aucune trace de fibres musculaires lisses. Mais à la périphérie on voit, tout autour de la tumeur, des faisceaux de fibres striées, coupées en travers. Ce sont les fibres du petit oblique et du transverse. Beaucoup de ces faisceaux sont englobés complètement par le tissu fibreux qui les entoure, les sépare les uns des autres, les écarte. On en peut conclure que ce fibrome était en voie d'accroissement assez rapide, et cela d'autant mieux qu'il n'y a pas de limite nette, de capsule qui la sépare des tissus environnants. Dans tous les points considérés, il n'existe que du tissu fibreux, on ne voit nulle part d'élément qui puisse permettre d'élever là-dessus le moindre doute.

OBSERVATION V

(Auvray & Marcille. — *Bulletin de la société anatomique*, 1899, p 665).

La nommée A..., âgée de 24 ans, ménagère, entre à l'hôpital de la Charité, salle Gosselin, lit N° 21, le 18 avril 1899.

Ses antécédents héréditaires sont excellents.

Elle-même n'a fait aucune maladie antérieure.

Il y a 5 ans, la malade a eu une première grossesse sans incident. L'accouchement dure 16 heures et doit être terminé par une application de forceps.

Trois mois après, la malade ressent une douleur légère dans la paroi abdominale, à droite de l'ombilic. En portant la main

au point douloureux, elle constate la présence d'une petite tumeur grosse comme une noix et de consistance très dure. La douleur s'irradie vers les parties voisines. La malade est obligée de se coucher sur le côté correspondant pour calmer les élancements douloureux.

Elle devient enceinte une seconde fois, et accouche le 24 août dernier.

Depuis ce second accouchement, la tumeur a grossi et est devenue plus sensible.

La malade ne peut plus calmer ses douleurs en se couchant sur le côté correspondant à la lésion. Les règles n'ont aucune influence sur la sensibilité et le volume de la tumeur.

Ce sont ces douleurs qui amènent la malade à l'hôpital Elles irradient dans la région lombaire droite et dans la cuisse correspondante.

A l'examen de la paroi abdominale on constate l'existence d'une tuméfaction étalée, située sur une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, plus rapprochée de l'ombilic que de l'épine iliaque, séparée de la gaine du droit antérieur de l'abdomen par la largeur d'un travers de doigt environ. La peau qui recouvre la tumeur a conservé son aspect et sa consistance normale.

A la palpation on sent une masse dure, légèrement inégale à sa surface, se continuant par sa périphérie avec les muscles de la paroi abdominale. Les deux diamètres verticaux et transversaux, sensiblement égaux, mesurent 5 centimètres environ.

Lorsque la paroi abdominale est relâchée, la tumeur, qui fait corps avec elle, se laisse mobiliser en tous sens. Profondément on ne lui sent aucun pédicule.

Lorsque la paroi est contractée, la tumeur devient absolument immobile et elle se trouve comme projetée en avant, elle devient plus apparente, ce qui nous porte à penser qu'elle est située sous l'aponévrose du grand oblique, et qu'elle appartient au muscle petit oblique.

L'examen ne permet de constater aucune relation entre la tumeur et le trajet inguinal droit.

Le toucher vaginal ne fournit aucun renseignement important: le doigt constate une bride fibreuse circulaire constituant un véritable rétrécissement du vagin et qui, au dire de la malade, est survenu à la suite de la 2e couche. L'utérus, sain, mesure 7 centimètres à l'hystéromètre.

A l'examen des urines : pas d'albumine, pas de sucre, un peu d'urohématine, pas d'indican.

Opération. — Incision verticale de la peau, incision des tissus sous-cutanés et de l'aponévrose du grand oblique qui n'adhère pas à la tumeur. Immédiatement au-dessous de celle-ci, on trouve la tumeur qui fait corps avec le muscle petit oblique. Il est facile d'en faire l'extirpation au bistouri, mais on coupe dans le tissu musculaire du petit oblique, en serrant autant que possible la tumeur. A sa partie inférieure semble se détacher une partie plus épaisse, sorte de pédicule, qu'on tend en tirant la tumeur vers la côte. Ce pédicule se dirige vers la région inguinale, il est sectionné, mais on n'en poursuit pas la dissection vers le canal inguinal pour rechercher ses connexions avec le ligament rond, à cause de la grande distance qui sépare la tumeur de la région inguinale. Par sa face profonde le fibrome répond au muscle transverse; il n'adhère pas au péritoine, qui est absolument respecté au cours de l'opération. Des sutures musculaires sont d'abord pratiquées, puis des sutures aponévrotiques et cutanées. La réunion se fit par première intention et dans des conditions fort simples.

Examen microscopique par M. Cornil. Cette tumeur est formée de tissu fibreux vascularisé. On y voit par places, sur les coupes étendues, colorées à la thionine, des faisceaux de tissu fibreux entrecroisés, séparés par des cellules de tissu conjonctif amincies, plus ou moins nombreuses.

Dans plusieurs points de la tumeur, ces cellules allongées, très nombreuses, prennent, par leur disposition parallèle, un aspect qui rappelle celui des faisceaux musculaires. Nous en

avons fait des préparations minces que nous avons examinées à un fort grossissement (obj. apochrom. Zeiss $1^{mm}6$ à imm. homog., oc. compens. N° 4), pour déterminer s'il s'agissait là de muscles lisses ou de cellules conjonctives, et nous pouvons affirmer qu'il s'agissait uniquement, dans ce cas, de cellules de tissu conjonctif. Dans les faisceaux, en effet, qui ressemblaient à des faisceaux musculaires à un grossissement faible, on voit seulement des cellules plasmatiques. Les unes se présentent de face, avec leur protoplasma membraniforme, réticulé, fibrillaire, contenant souvent des granules de graisse, à prolongements anastomosés avec des cellules voisines ; le noyau de ces cellules étalées est ovoïde et volumineux, plat. Les mêmes cellules, vues de profil et souvent parallèles, paraissent minces, longues, avec un noyau également vu de profil et très long. Mais ces cellules allongées s'anostomosent bout à bout avec des cellules qui leur font suite. De plus, elles sont entourées de fibres minces de tissu conjonctif. Enfin, sur les coupes transversales de ces faisceaux, on voit les mêmes éléments cellulaires, obliques ou coupés transversalement, mais présentant les mêmes noyaux et les mêmes prolongements anastomotiques de leur protoplasma.

Si l'on compare cette disposition avec celle que revêtent les fibres musculaires lisses examinées, par exemple, dans un myome utérin, on voit que les faisceaux musculaires sont formés de cellules contractiles au contact les unes des autres, sans anastomoses, toutes régulièrement parallèles et uniformes. Ces faisceaux sont, les unes coupés en long, les autres en travers. Les coupes transversales sont surtout très caractéristiques, parce que chaque cellule musculaire présente une section circulaire petite, avec une bordure claire et la section médiane de son petit noyau également circulaire.

Les faisceaux, qui ne renferment que des cellules musculaires, sans fibres de tissu fibreux, vus à la fois sur des sections longitudinales et transversales, sont tout à fait caractéristiques. Nous n'avons rien trouvé de semblable dans les préparations de cette tumeur fibreuse de la paroi abdominale.

OBSERVATION VI

Fibro-sarcome de la paroi abdominale.

(Prof. Gross. — *Bulletin médical*, 1900, p. 297).

La malade dont il s'agit est entrée le 24 novembre 1899, salle VI, lit 3. Elle est âgée de 28 ans.

Les antécédents sont peu chargés, nous n'avons rien noté dans ses antécédents héréditaires. Elle n'a jamais été malade.

Réglée depuis l'âge de 15 ans, ses périodes menstruelles ont toujours été régulières et normales.

Elle s'est mariée à l'âge de 22 ans, elle a trois enfants qui sont bien portants actuellement. La grossesse et les accouchements ont été normaux.

La dernière grossesse date de 20 mois : c'est à son début que la malade s'est aperçue qu'elle portait, à gauche de la ligne médiane, une grosseur du volume d'une grosse noix.

Cette tumeur augmenta de volume lentement et progressivement sans déterminer aucune douleur, ni aucun trouble de la santé générale. La malade prenait cette tumeur pour une partie fœtale.

La tumeur persista après l'accouchement, elle continua à grossir, restant toujours indolore : la malade alla consulter un médecin, qui lui conseilla de se faire opérer.

La malade recula devant l'intervention, on lui conseilla des applications de teinture d'iode. Bien entendu, cette médication resta sans résultats. Aussi une augmentation un peu plus rapide de la tumeur décida la malade à suivre les conseils de son médecin : elle vint alors pour qu'on l'examine, réclamant une opération.

L'état général de cette malade est excellent.

A l'examen on constate, à la simple inspection, une asymétrie bien nette de la paroi abdominale antérieure.

On aperçoit, à gauche de la ligne médiane, un peu au-dessous d'une ligne passant par l'ombilic, une saillie notable.

Au niveau de cette saillie, les téguments sont normaux, ils ne présentent aucune modification ; on observe, cependant, un léger réseau veineux à la surface de la saillie.

La palpation permet de constater que la peau et le tissu cellulo-adipeux sous-cutané sont complètement mobiles sur la tumeur, qui est donc développée dans des couches plus profondes.

Cette tumeur, assez volumineuse, puisqu'en longueur elle mesure 18 centim. et en largeur 12 centim., a une forme sphérique ou, mieux, celle d'un ovoïde allongé verticalement Elle est mobile dans tous les sens ; pour constater cette mobilité, une condition est nécessaire : il faut que les muscles de la paroi abdominale soient relâchés. Dès que la malade contracte ses muscles droits, quand on la fait asseoir sur son séant, par exemple, la tumeur devient fixe, en même temps qu'elle devient plus saillante.

La malade étant étendue dans la position horizontale, on peut soulever la tumeur, mais il est impossible de la détacher des plans profonds et, par conséquent, d'insinuer les doigts au dessous d'elle.

La consistance de la tumeur est très dure, sa surface est irrégulière, inégale, légèrement bosselée.

Elle est mate à la percussion dans toute son étendue, elle n'est pas réductible. Les efforts, la toux, ne déterminent aucune modification dans son volume et sa consistance.

Avant de savoir quelle est la nature de la tumeur, il faut savoir où elle est développée. Les signes que nous a donnés la palpation facilitent la précision de ce siège anatomique. Ce fait que la tumeur est mobile dans la période de relâchement des muscles de l'abdomen, qu'elle ne disparaît pas dans la profondeur du ventre, mais devient saillante et fixe quand ces muscles se contractent, n'appartient qu'aux tumeurs de la paroi.

Un fait vient encore confirmer notre opinion.

Si nous marquons, comme le conseille Tillaux, le point culminant de la tumeur avec un crayon dermographique, si

nous faisons exécuter à la malade quelques mouvements forcés d'inspiration, le trait marqué par le crayon reste fixe : c'est un signe pour ce chirurgien que la tumeur est dans la paroi.

Il n'y a pas lieu de suspecter une communication avec l'intérieur de l'abdomen, nous l'avons vu, la tumeur n'est pas réductible, son volume et sa consistance ne sont modifiés ni par la toux, ni par les efforts.

Le diagnostic du siège posé, la palpation nous permet le diagnostic de la nature.

La dureté, l'absence manifeste de fluctuation nous permettent d'éliminer toutes les tumeurs liquides ; à la percussion, nous avons de la matité, nous pouvons donc éliminer aussi les tumeurs gazeuses formées par l'intestin, par exemple.

C'est donc une tumeur solide : d'après sa consistance il n'y a pas lieu de songer aux tumeurs molles comme le lipome. Cette consistance donne immédiatement l'idée d'un fibrome ou d'un fibro-sarcome. Ces tumeurs de la paroi sont fréquentes, surtout chez la femme : d'après ce qui précède, nous pouvons conclure qu'il s'agit, dans le cas de notre malade, d'une tumeur de cette espèce.

L'opération, faite ultérieurement, a démontré que la tumeur était développée dans la gaine du muscle droit. On fut obligé de sectionner une portion du feuillet antérieur de cette gaine. Le péritoine s'est déchiré un peu au-dessous de l'ombilic, fait que nous avons observé dans plusieurs opérations, et qui s'explique parce que la paroi postérieure de la gaîne manque à ce niveau.

La brèche péritonéale fut suturée. On procéda ensuite à la reconstitution de la paroi.

L'analyse histologique, pratiquée par M. Hoche, chef de laboratoire de la Faculté, a montré que la tumeur était composée de cellules fusiformes disposées en faisceaux et que l'on avait affaire à un fibro-sarcome.

OBSERVATION VII

(O'Neill. — Thèse de Paris, 1901, N° 473).

Femme de 29 ans ; deux grossesses ; la deuxième remonte à dix mois ; quatre mois après celle-ci, apparition un peu au-dessus du pli de l'aine d'une tumeur grosse comme un œuf de poule, paraissant rattachée, par un pédicule très court, à l'épine iliaque antéro-supérieure et située dans l'épaisseur des muscles.

Opération le 21 mars 1901, par le docteur Vignard (de Nantes) ; la tumeur est fusionnée avec le petit oblique et le transverse et rattachée à l'épine iliaque antéro-supérieure, par une portion libre d'aponévrose large d'un travers de doigt. Pas de connexion avec le ligament rond ni avec le péritoine. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un fibrome jeune.

OBSERVATION VIII

Fibrome de la région lombaire. — Ablation. — Guérison.

(Dr M. Péraire. — Examen histologique par M. Lefort. — *Bullet. Soc. anat.*, mai 1902).

Mme L..., 33 ans, vient nous consulter le 8 mai 1902. Elle s'est aperçue depuis six mois de la présence d'une tuméfaction située dans la région lombaire droite. Cette tumeur s'est produite sans grandes douleurs.

Elle est limitée : en dedans, par les trois dernières vertèbres lombaires, et en dehors, par une ligne parallèlement menée à la colonne vertébrale et distante d'un centimètre de l'épine iliaque supérieure. Visible à l'œil nu et saillante, elle remplit l'espace compris en haut par le bord inférieur de la douzième côte, dont elle est éloignée de deux centimètres et demi environ, et en bas, par la moitié postérieure de la crête iliaque.

Elle est du volume du poing d'un adulte.

Elle constitue une masse lisse, homogène, unilobée, dure,

ligneuse en tous ses points. Elle est absolument fixe, semble faire corps avec le squelette du bassin, ne se laisse pas contourner et paraît située dans l'épaisseur même de la masse sacro-lombaire. Les téguments ne sont pas altérés. Pas de troubles trophiques. Pas d'atrophie des muscles de la cuisse et de la fesse. Pas d'augmentation des ganglions inguinaux et cruraux.

Le diagnostic que nous portons est fibrome intra-musculaire.

Le 11 mai, la tumeur est enlevée, après anesthésie générale au chloroforme.

Elle est dépourvue de capsule et adhérente par tous ses points. Il nous faut la sculpter, en quelque sorte, pour la mobiliser, et employer la rugine, la gouge et le maillet pour la détacher du bassin et de la colonne vertébrale. Sutures. Drainage. Pansement stérilisé. Les suites opératoires sont très simples.

La tumeur enlevée est très dure. Elle est de forme ovalaire. Elle offre, à la coupe, une coloration gris-jaunâtre. La surface de section est sillonnée de bandelettes à reflets nacrés, qui sont, les unes contournées en cercles concentriques, les autres disposées en spirales.

A l'examen elle présente la structure des fibro-myomes de l'utérus, à noyaux nombreux, un peu allongés.

Le tissu fibreux est régulièrement réparti dans la tumeur.

Les faisceaux des fibres musculaires sont entrecroisées sous des angles variables.

La tumeur est pauvre en vaisseaux. On voit, en certains points, quelques capillaires de néo-formation Il n'existe pas de glycogène dans la tumeur

Il est ajouté que l'examen histologique a été vérifié par MM. Cornil et Letulle, qui ont également diagnostiqué fibromyome.

OBSERVATION IX

(Caubet. — *Bulletin de la Société anatomique*, 1902, p. 724).

Marie G ...., domestique, 30 ans, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. le Docteur Bazy, le 16 mai 1902.

Réglée à 14 ans, irrégulièrement.

Mariée à 26 ans, les menstrues deviennent régulières.

Première grossesse à 28 ans; accouchement normal à terme; deuxième grossesse à 29 ans; avortement de 2 mois; troisième grossesse débute fin octobre 1901; la malade fait une fausse couche de 4 mois 1/2, le 11 février 1902, sans complications. C'est au cours de cette dernière grossesse, dans le courant du mois de novembre 1901, que la malade s'est aperçue de la présence de la petite tumeur pour laquelle elle se décide aujourd'hui à entrer à l'hôpital. La tumeur s'est développée à l'insu de la malade, qui s'en est aperçue par hasard, en palpant son ventre; elle n'a jamais occasionné de douleurs : aucun effort, dans les souvenirs de la malade, n'a pu expliquer son développement.

Examen. — La tumeur siège dans la région iléo-inguinale droite à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, au niveau de la partie externe de celle-ci, à deux travers de doigt environ de l'épine iliaque antéro-supérieure. La palpation révèle une tumeur du volume d'un œuf de poule, ovoïde, lisse, dure, régulière, de consistance uniforme; elle est bien mobile, surtout dans le sens vertical; dans le sens transversal. au contraire, sa mobilité est limitée, ce qui permet de supposer qu'elle est plus ou moins adhérente profondément à la fosse iliaque. Si, enfin, on fait asseoir la malade pour qu'elle contracte les muscles de sa paroi, on constate que la tumeur est complètement immobilisée.

Il s'agit donc d'une tumeur développée dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

Opération, le 20 mai. — Incision longue d'environ 12 cen-

timètres, à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale et parallèle à celle-ci.

On incise successivement la peau, l'aponévrose du grand oblique, le muscle petit oblique; la tumeur est au-dessous de ce muscle et lui adhère d'une façon intime; pour dégager la tumeur, il faut inciser au bistouri les fibres musculaires qui s'y insèrent. On voit alors que la tumeur est ovoïde et que son grand axe est parallèle à l'arcade crurale, c'est-à-dire oblique en bas et en dedans.

Des deux pôles de la tumeur partent deux tractus fibreux de forme et de dimensions différentes ; ces deux prolongements fibreux sont très nets, bien distincts des tissus qu'ils traversent ; on les aperçoit à première vue, de sorte qu'il est impossible de douter de leur existence, en supposant qu'ils ont été créés artificiellement par la dissection, ou en élevant les tissus avec les doigts. Le pédicule interne est le plus long ; il a le volume d'une plume d'oie ; il est arrondi et paraît exclusivement fibreux. Il se dirige en dedans et en bas vers la ligne médiane, appliqué contre la graisse sous-péritonéale sur laquelle il tranche bien par sa coloration nacrée ; il n'a aucune connexion ni avec le péritoine, ni avec la paroi abdominale dont il est bien distinct ; il vient croiser la face antérieure de la vessie et se fixe enfin à la face postérieure du pubis, près de la ligne médiane. Sa longueur totale est de 8 à 10 centimètres. Le pédicule externe est plus volumineux et beaucoup plus court ; il est fibro-musculaire ; après un trajet de 2 à 3 centimètres, il va se fixer, en s'épanouissant, à la lèvre interne de la crète iliaque, à 2 centimètres au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Ces deux pédicules fibreux sont sectionnés ; ils ne sont pas vasculaires. La tumeur ne présente plus alors aucune adhérence et il est très facile de la séparer avec les doigts, de la graisse sous-péritonéale, sur laquelle la tumeur repose directement par sa face postérieure, sans adhérer au péritoine.

On termine l'opération en suturant, par un surjet au catgut,

le muscle petit oblique, puis en un second plan, l'aponévrose du grand oblique, enfin, la peau aux crins de Florence.

Examen de la tumeur. — La tumeur est du volume d'un petit œuf de poule ; de forme ovoïde, régulière, sauf une petite bosselure sur l'une de ses faces. La face postérieure est lisse ; sa face antérieure montre l'insertion des fibres musculaires du petit oblique. La tumeur est entourée d'une capsule conjonctive.

A la coupe, la tumeur a, macroscopiquement, l'aspect d'un fibrome. L'examen microscopique a montré qu'elle a la structure classique des fibromes de la paroi abdominale : tissu fibreux pur, sans fibres élastiques, ni fibres musculaires.

IX

CONCLUSIONS

Les fibromes de la paroi abdominale sont une affection presqu'exclusive au sexe féminin. La grossesse et les traumatismes sont les données étiologiques que l'on rencontre habituellement.

Leur pathogénie relève de deux causes principales : le développement exubérant de cicatrices musculaires et aponévrotiques ou de fibres musculaires lisses provenant du ligament rond ; dans ce dernier cas il s'agit plutôt de fibro-myomes.

Le diagnostic de ces tumeurs ne prétente guère de difficultés en général, le pronostic en est bénin.

Le traitement de choix est l'extirpation au bistouri faite avec toute l'asepsie que nécessite l'adhérence fréquente de ces fibromes au péritoine.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1850. Sappey. — Gaz. des Hôpit., p. 29.
Limauge. — Gaz. des Hôpit., p. 79.
Langenbeck. — Deut. Klinik, p. 222.
1851. Bouchacourt. — Gaz. des Hôpit.
1855. Santesson — Dublin Quarterly. Journ., p. 493.
1856. Langenbeck. — Archiv. f. Chir. Bd 1, p. 105.
Paget. — The Lancet, p. 625.
1860. Huguier. — Soc. de Chir., 22 août.
Verneuil. — Soc. de Chir.
1861. Bodin. — Th. de Paris.
1862. Nélaton. — Gaz. des Hôpit.
1865. Cornils. — Th. de Kiel.
1871. Heurtaux. — Dict. de Méd. et Chir. prat., XIV, p. 675.
1873. Panas. — Gaz. des Hôpit., p. 977.
1875. Guyon. — Soc. de Chir.
Suadicani. — Th. de Kiel.
1876. Salesse. — Th. de Paris.
1877. Guyon. — Trib. méd., p. 257. — Acad. de Méd., 22 mai, p. 456.
Hardy. — Nouv. dict. de Méd. et Chir. prat.
1878. Nicaise. — Soc. de Chir. Rev. mens. de Méd. et Chir.
1879. Grætzer. — Th. de Breslau.
Sænger. — Arch. f. Gyn., XVI, p. 265.
1880. Péan. — Traité des tum. abdom., p. 141.
1882. Skifowsowski. — Th. de Moscou.

1883. GUERRIER. — Th. de Paris
HERZOG. — Th. de Munich
SÆNGER. — Arch. f. Gyn., XXIV, p. 278
1884. CORNIL & RANVIER. — Manuel d'Hist. pathol., p. 186.
1886. DAMALIX. — Th. de Paris
TERRILLON. — Bulletin génér. de thérap.
1888. LABBÉ & RÉMY. — Traité des fibromes de la paroi abdominale.
TERRILLON. — Arch. de Méd., avril et mai.
RINDFLEISCH. — Histol. pathol., trad. GROSS et SCHMITT, p. 152
1890. LEDDHEROSE. — Deutsch Chir., Stuttgart.
LE DENTU. — Soc. de Chir., 19 et 26 février.
1891. LEDRU. — Congrès de Chir.
TILLAUX. — Traité de chirurg. cliniq., II, p. 98.
1893. GROSS. — *In* Traité de Pathol. de GROSS, RŒHMER et VAUTRIN.
TÉMOIN. — Congrès de Chir.
1894. LEQUETTE. — Th. de Lille, 19 juin, N° 40.
VERNEUIL. — Soc. de Chir.
1895. CLAUDE & TUFFIER. — Soc. anatom., 1er février
PANIZZO Y MUNOZ. — Th. de Naples.
1896. ANDAIN. — Soc. de Chir., p. 469 et 481.
DOLÉRIS. — Soc. d'obstétriq., mars.
1897. BIREAUD. — Th. de Paris.
NOIROT. — Th. de Paris.
1898. DUCHÊNE. — Th. de Lyon.
MICHAUX. — *In* Traité de chir. de DUPLAY et RECLUS, t. VII.
1899. AUVRAY & MARCILLE. — Soc. anatom., 7 juillet, p. 665.
GUINARD. — *In* Traité de chir. de LE DENTU et DELBET, VII, p. 415.
KIRMISSON. — Soc. de Chir., p. 442.

Puyaubert. — Th. de Paris, N° 314.
Morestin — Soc. anatom., mars, p. 461.
1900. Durante. — Presse méd., 21 mars.
Gross. — Bullet. méd., p. 297.
Sonnenschein. — Th. de Bonn.
1901. O'Neill. — Th. de Paris, N° 473.
1902. Caubet. — Soc. anat., p. 724.
M. Péraire. — Soc. anat., p. 487.

TABLE DES MATIÈRES

Lille. Imp. Camille Robbe.